

# 국민조제선택제(선택분업) 도입이 필요한 이유

김 홍 식

KMA Policy 특별위원회 위원/ 배산메디칼내과 원장  
kp122@hanmail.net



## 의약분업 도입 과정

의약분업은 1204년 신성로마제국에서 처음으로 발상되어 1231년 독일 프레드리히 2세가 의사의 의약품조제를 금지하는 의약법을 제정하며 시작된 제도로 그 역사가 깊다. 반면에 동양에서는 의약일체사상이 강하여 서양보다 의약분업 도입이 늦었는데 우리나라는 1963년 약사법에 의약분업이 처음 명시된 후, 37년이나 지난 2000년에 의약분업이 시행되었다. 1982년부터 3년 동안 목포시에서 시범사업을 시행하였으나

실패하였고 1988년 전국민 의료보험 제도를 시행할 때 정부 산하 국민의료정책 심의위원회에서 3단계 분업안을 내놓았으나 무산되는 등 의약분업은 관련단체 이견과 재정 부담 문제로 도입이 쉽지 않았다.

그러다가 1993년 한약분쟁이 발생하자 정부는 전문직능간 역할을 구분한다는 구실로 의약분업을 추진하기로 하고 1994년 1월 약사법에 “1997년 7월부터 1999년 7월 사이에 대통령이 정하는 날짜에 의약분업을 시행한다.”고 명기하면서 의약분업 시행이 가시화되었다.

이후 1997년 12월에 국무총리 산하 자문기구인 의료개혁위원회에서 “의약품 분류방식에 의한 단계별 분업안”을 내놓으며 의약분업 시행 방안이 구체적으로 제시되는데 1단계로 항생제, 스테로이드제 등 일부 전문의약품으로 2단계는 주사제를 제외한 전문의약품으로, 그리고 3단계는 모든 전문의약품을 대상으로 3년마다 단계별로 추진한다는 안이었다. 정부는 단계별 분업안을 실행시키기 위해 소비자단체, 언론계로 구성된 공익대표와 관련단체인 의약계 대표들로 구성된 “의약분업추진협의회”(이하 분추협)를 1998년 5월에 구성하였는데 분추협 4차 회의에서 전문직능의 의견을 반영하고 국민의 부담과 불편을 최소화하는 방향으로 1999년 7월 1일에 의약분업을 실시하기로 합의하면서 의약분업을 도입하기로 결정하게 된다.

### 급변하는 의약분업 추진 방향

단계별로 도입하자던 의약분업 합의가 1998년 2월 국민의 정부(DJ정권)가 출범하면서 급변하였다. 새정치국민회의 정책위원회에서는 의약분업 도입을 촉진시키기 위해 1999년 3월에 시민대책위원회를 구성하여 경실련, 참여연대, 녹색소비자연대 등 시민단체 대표들을 대거 참여시켰다. 그 동안 정부와 의약단체 간의 협의로 논의되던 의약분업이 시민단체가 참여하는 구도로 바뀌는 상황이다. 시민단체가 나서면서 의약분업 추진 과정이 이전과 달라지게 된다. 시민대책위원회는 1999년 6월에 의약분업실행위원회를 구축하여 의약분업 실행을 다루는데 그 동안 논의되었던 단계별 의약분업

추진안을 백지화하고 1999년 7월부터 전면적으로 “강제-완전 분업”을 시행하기로 결정한 것이다.

의약분업 추진 방향이 갑자기 급선회한 이유는 정부와 시민단체가 의약분업을 홍보하기 위해 국민들에게 배포했던 “의약분업 Q&A 자료”에 잘 나타나 있다. 강제-완전 분업을 하면 『1. 처방의약품에 따른 의사의 부당수입이 사라져 약제비 지출이 연간 1조원이나 줄어든다, 2. 제약회사 구조조정으로도 약제비 지출이 추가로 크게 줄어든다, 3. 약에 따른 이익이 사라진 의사의 과잉진료는 포괄수가제로 막을 수 있다, 4. 약사가 약의 상호작용, 병용 및 임신부 금기, 복약지도를 철저히 해준다, 5. 동네의원과 동네약국의 활성화로 의료전달체계가 확립된다.』로 되어 있었다. 강제-완전 분업 형태로 급변한 이유가 의사들의 부정과 과잉진료를 막기 위해 도입하는 것으로 강제-완전 분업을 해야 목적을 달성할 수 있다고 강조했다. 의약분업을 강제-완전 분업으로 도입하기로 하고도 강제-완전 분업으로 초래될 문제점에 대해서는 별로 논의지 않은 채 정부와 시민단체가 앞장서고 약사회가 적극 지지하는 가운데 언론도 문제점에 대해 입을 닫아 국민들은 의약분업에 대한 정보가 차단된 채 일반적으로 강제-완전 분업이 추진된 것이다.

### 강제-완전 분업

의약분업은 형태적으로 4가지 모형이 있다, 환자에게 어디서 조제 받을지 선택권을 주느냐에 따라 강제분업과 선택분업으로 나뉘고 의사에게 조제권을 허용하느냐에 따라 완전분업과 불완전분업으로 나뉜다. 우리나라는 환자가 조

제 받을 곳을 선택할 수 없으니 강제분업을 하고 있고 의사에게 조제권을 주지 않으니 완전분업을 하고 있다. 우리보다 의약분업 역사가 훨씬 오래된 일본은 선택분업(임의분업)을 하고 있었고 미국은 주마다 다르지만 39개 주(알라바마, 캘리포니아, 워싱턴 등)에서 의사에게 조제권을 허용하고 있고 3개 주(유타, 웨스트버지니아, 유타)에서만 의사의 조제권을 불허하고 있었으니 우리와 다른 분업을 하는 셈이다. 독일과 프랑스가 강제-완전분업을 채택하고 있어서 우리나라 의약분업의 롤 모델이 되었다. 의약분업은 도입 형태에 따라 환자의 편익과 비용부담에 큰 차이가 있다. 규제 요소가 강할수록 의료서비스 이용이 불편하고 분업에 따른 환자의 비용 부담이 늘어나기 마련이라 우리 정부가 도입한 “강제-완전분업”은 여러 의약분업 형태 중에 가장 돈이 많이 들고 환자가 의료서비스를 이용하기 불편한 제도이다.

### 준비 안 된 강제-완전 분업

우여곡절 끝에 강제-완전 분업의 형태로 2000년 7월에 의약분업이 시작되었다. 국민의 정부는 정책이 성공할 것이란 기대를 가졌지만 출발 전부터 우리 의료시스템에 강제-완전 분업은 맞지 않는 제도였다. 규제를 강하게 하는 강제-완전 분업

**우리 의료시스템에 강제-완전 분업은 맞지 않는 제도였다. 의료개혁 성과에 집착했던 국민의 정부와 시민단체가 의료 현장의 전문가인 진료 의사들을 개혁의 대상으로만 보고 의약분업 도입 과정에 배제한 것이 결정적인 오류였다.**

이 효과를 보려면 우리나라 보건의료 시스템 전반을 먼저 고쳤어야 했고 국민들의 의료서비스 인식을 바꿨어야 했다. 당시 우리나라는 강제-완전 분업을 효과적으로 해내기엔 사전 준비가 부족했다. 의료개혁 성과에 집착했던 국민의 정부와 시민단체가 의료 현장의 전문가인 진료 의사들을 개혁의 대상으로만 보고 의약분업 도입 과정에 배제한 것이 결정적인 오류였다. 의약분업이 시작되고 정부가 국민들에게 홍보하였던 장점들은 전혀 나타나지 않았으며 국민들은 엄청난 건강보험료 부담을 떠안고 말았다.

### 1. 대체조제 만연

강제-완전 분업을 시행하는 독일과 프랑스는 약국의 시스템이 우리와 많이 다르다. 우리나라는 소규모로 약국들이 의료기관 주변에 모여 있지만 독일과 프랑스는 지역마다 약국이 초대형화 되어 있어 의료기관 인근에 있지 않다. 독일과 프랑스의 약국들은 거의 대부분의 처방의약품을 구비하고 있기에 의사가 발행한 원외처방전 의약품을 대체하지 않고 처방대로 조제한다. 하지만 우리나라는 의약분업 도입 당시 약국이 소규모라 약국 당 평균 300품목 이상의 약제를 구비하지 못하였다. 의료보험에 등재된 의약이 36,000가지 이상이었으며 성분-용량-제형-제제의 수가 3,400가지 이상이었던 점을 고려하면 우리나라에서 의약분업을 하면 약국에서 조제받기 불가능한 상황임을 알 수 있었다. 그럼에도 불구하고 정부는 의료기관과 약국의 담합을 금지하여 의사와 약사가 규정을 어기고 개별 목록을 주고 받지 않으면 조제가 불가능했다. 지금까

지도 의료기관에서 조금 떨어진 약국에만 가도 처방전대로 조제 받기 어렵다. 약국에서는 대체 조제를 많이 할 수밖에 없는 상황이고 그것도 부족하여 성분명 처방을 요구하는 실정이다. 성분명 처방을 한다 해도 성분명 가지 수가 3,400종 이상이니 지금과 같이 소규모 약국으로는 약제를 완벽하게 구비할 수 없긴 마찬가지라 여전히 인근 의료기관의 처방 정보를 구해서 약제를 맞추어 구비할 수밖에 없는 실정이고 대체조제를 광범위하게 하는 상황에 성분명 처방까지 한다면 환자 치료에 불확실성만 높일 뿐이다. 약국 통폐합을 통해 대형화를 유도하고 의료기관에서 나오는 처방전 의약품들을 제대로 조제해 내는 것이 중요한 일이다.

## 2. 불편해진 의료서비스 이용

의약분업을 시행하면 환자들이 의료기관과 약국을 이중으로 들러야하니 이전보다 불편해지는 것은 당연하다. 문제는 모든 외래환자들이 불편함을 감수해야 한다는 점이다. 대만의 예로 보면 의사에게 제한적으로 조제권을 부여하고 있어 3세 미만과 65세 이상 환자나 임산부, 장애인 그리고 응급환자의 경우는 의사가 직접 조제할 수 있도록 예외를 허용했다. 의료기관을 이용하기 힘든 환자들의 경우 환자의 불편을 최소화 하려는 노력을 한 것이다. 그리고 약사가 근무하고 있는 병원 의료기관의 외래 진료까지도 원내조제를 하지 못하게 막은 것은 의약분업의 취지조차 망각한 일이었다. 또한 의약품 분류를 통해 환자에게 불편함을 최소화 하려는 노력조차 하지 않았다. 강제-완전 분업을 시행하는 독일과 프랑스는 분

**우리나라에서 의약분업을 하면 약국에서 조제받기 불가능한 상황이다. 그럼에도 불구하고 정부는 의료기관과 약국의 담합을 금지하여 의사와 약사가 규정을 어기고 개별 목록을 주고 받지 않으면 조제가 불가능했다. 지금까지도 의료기관에서 조금 떨어진 약국에만 가도 처방전대로 조제 받기 어렵다.**

업 규제로 인해 환자들의 의료서비스 이용이 불편해질 것을 우려하여 일반의약품을 마트, 편의점 및 화장품 매장에서 판매하게 허용하였지만 우리나라는 약국 외에는 일체 의약품을 판매하지 못하게 막아 의약분업으로 인한 불편 이외에 추가로 더한 불편을 환자들에게 안겼다.

## 3. 약제비 지출 급증

2009년 총 의료비 지출이 2000년과 비교해 170% 증가했다. 이는 물가상승률 그리고 의료수가 인상률보다 훨씬 크다. 이는 같은 기간 약제비가 74% 증가한 것에 기인한다. 의약분업을 도입하고 처방 당 의약품 품목 수는 줄었는데 왜 약제비는 이렇게 급증한 것일까? 의료기관에서 원내조제를 하는 경우에 의약품 구입비 부담이 상당했다. 고가 의약품을 많이 처방하면 그 만큼 더 약품 구입비가 많이 소요되어 원내조제 하는 의료기관들은 저마다 비용대비 치료 효율이 좋은 의약품을 찾고자 많은 노력을 기울였다. 그런데 강제-완전 의약분업을 도입하고 나서 의료기관의 약제비 구입 부담이 사라졌고 자연적으로 고가 오리지널 의약품 처방이 급증할 수밖에 없었다. 원외처방전 발급으로 처방 내역이 공개되



니 값 비싼 오리지널 의약품으로 처방해 달라는 환자의 요구까지 늘어났으니 의약분업 이전에 의료기관 자체로 고가약 처방을 억제했던 매커니즘이 강제-완전 분업 도입 이후 무너져 버린 것이다. 우리나라보다 먼저 강제-완전 분업을 시행했던 나라에서 약제비 지출 급증 문제로 고민했던 것을 우리 정부는 간과해버린 탓이다. 고가 의약품 처방이 급증하자 메이저 제약사들은 급격하게 규모를 키울 수 있었는데 제약회사의 규모가 확장되는 만큼 국민들은 의료보험료 폭탄을 맞았다. 약제비 지출이 급증하자 정부는 저가약 처방 인센티브 제도나 약가 상환제도나 대책을 내놓았지만 효과가 없었다.

#### 4. 복약지도 없이 급증한 조제료 지출

정부가 국민들에게 의약분업을 도입해야 하는 이유로 약사가 약의 상호작용, 병용 및 임신부 금기, 복약지도를 철저히 해주어 환자 건강에 도움을 준다는 점을 들었다. 하지만 의약분업이 도입되고 약국에서는 복약지도를 하질 않고 있으며 환자들은 복약지도가 뭔지조차 알지 못한다. 의료

**외래 환자들이 의무적으로 약국을 방문해야 하니 약국은 같은 약국끼리 경쟁하면 된다. 이런 상황이다 보니 약국은 환자에게 복약지도를 강화할 필요가 없고 보다 병의원에 가깝도록 접근성만 좋게 하면 된다. 지금의 분업 방식과 정부의 관리 태도를 보면 약국이 복약지도를 잘하기를 기대하긴 어렵다.**

기관에서 원내조제 받듯이 약국에 가서 처방전 내주고 조제약만 담아 나오는 것이 대부분이다. 일본은 대부분의 약국에서 복약지도를 아주 철저히 한다. 그 이유는 병의원의 원내조제와 힘든 경쟁을 하기 때문이다. 일본의 환자들은 자신의 선택으로 병원에서 조제 받을 수도 있는데 원내조제를 받는 경우 조제료를 내지 않아도 되고 당연히 복약지도라는 것이 없다. 하지만 많은 일본 환자들이 굳이 조제료까지 물어가면서 불편하게 약국을 찾아 간다. 약국에서는 병의원 원내조제보다 불리한 상황을 극복하기 위해 세밀한 복약지도로 보완하는 것이다. 일본 약국은 환자가 찾아오면 환자에게 맞춘 설명서를 작성하여 준다. DUR 검색으로 환자가 복용중인 약제와 과거 복용 시 발생했던 부작용을 파악하고 해당 약품을 복용할 때 주의해야할 점을 세밀하게 적어 주며 설명한다. 환자는 돈도 더 내고 불편하지만 복약 지도를 받기 위해 약국으로 간다. 이런 시스템이 약국으로 하여금 보다 다양한 경쟁력을 갖추도록 노력하게 만들었고 그것이 환자들에게 수혜로 돌아간 것이다. 우리는 외래 환자들이 의무적으로 약국을 방문해야 하니 약국은 원내조제와 경쟁할 필요가 없고 같은 약국끼리 경쟁하면 된다. 이런 상황이다 보니 약국은 환자에게 복약지도를 강화할 필요가 없고 보다 병의원에 가깝도록 접근성만 좋게 하면 된다. 지금의 분업 방식과 정부의 관리 태도를 보면 약국이 복약지도를 잘하기를 기대하긴 어렵다. 일본 정부는 우리나라처럼 강제로 분업을 강요하기보다 조제 경쟁을 통해 환자에게 보다 많은 혜택이 돌아가도록 유도하는 정책을 편 것이라 복약지도를 하지 않는 약국에까지 복약지도료를 지불하는 우리 정부와 너무나 비교가 되는 대목이다.

### 5. 항생제 스테로이드제 처방률 변화

의약분업을 밀어붙인 정부는 항생제 사용량이 줄어들었다고 홍보하지만 항생제 사용량 감소는 의약분업제도 때문이 아니라 의료기술의 발달과 심사평가원의 의도적인 심사 때문이라 추정된다. 국민건강보험공단이 2005년부터 2009년까지 5년 동안 집계한 의약품처방 품목수에 보면 항생제 처방률이 10.33% 줄어든 것으로 나타났다. 하지만 이 결과도 의약분업을 시행하는 지역과 시행하지 않는 지역을 비교해 보면 실제로 정책효과가 있었다고 보기 어렵다. 의약분업을 시행하지 않는 예외지역에서 항생제 처방률이 16.11%나 감소하여 의약분업 지역보다 더 많이 떨어진 것으로 드러나 정부가 항생제 처방 감소는 의약분업 효과라고 주장하는 것이 사실이 아님을 보여주고 있다. 정부는 항생제를 많이 쓰는 의원에는 국민건강보험 재정으로 지원하는 외래관리료를 차등으로 지급하고 있다. 최근 차등 폭을 더 크게 하여 항생제 사용 평가에서 적정하나 부적정하나 평가에 따라 의원의 수입 차이가 더 크게 나게 만들어 항생제 처방을 줄이도록 유도하고 있다. 결국 항생제 처방률이 감소하는 것은 분업의 효과가 아니라 진료비 심사와 관리의 결과인 것이다.

### 6. 의약품 리베이트

정부가 강제-완전 의약분업을 결정한 가장 중요한 목표가 의사들의 의약품 리베이트 근절임을 스스로 밝혔다. 그러면 강제-완전 분업으로 리베이트가 근절 되었을까? 그 해답은 2012

**정부는 항생제를 많이 쓰는 의원에는 국민건강보험 재정으로 지원하는 외래관리료를 차등으로 지급하고 있다. 항생제 사용평가에 따라 의원의 수입 차이가 더 크게 나게 만들어 항생제 처방을 줄이도록 유도하고 있다. 결국 항생제 처방률이 감소하는 것은 분업의 효과가 아니라 진료비 심사와 관리의 결과인 것이다.**

년에 입법된 리베이트 쌍벌제를 보면 알 수 있다. 의약분업으로는 리베이트를 근절하지 못했다는 것을 정부 스스로 자인한 것이다. 의약품을 의사가 취급하지 못하도록 막으면 리베이트가 사라질 것이라는 것은 오판이다. 의약분업을 주도한 학자들이 현실을 몰랐기 때문이었다. 리베이트는 의약품을 누가 취급하느냐의 문제가 아니라 누가 의약품을 선택하느냐의 문제로 강제-완전 의약분업을 한다고 리베이트가 근절되는 것은 아니다. 리베이트를 근절하려면 강제-완전 의약분업으로 되는 것이 아니라 의약품 유통구조를 개선하는 것으로 의약품의 가격을 생산원가에 맞게 책정하고 유통 과정을 전매사업처럼 관리해야 하는 것이다. 굳이 재정 지출을 눈덩이처럼 늘리는 강제-완전 분업으로 리베이트를 근절하려 한 것은 잘못된 판단이었다.

**현행 의약분업은 달라져야 한다,**

정부의 약속과 달리 의약분업 이후 건강보험 의료비 지출이 급격하게 증가되어 의약분업 도입 전에는 불과 10조원 정도였던 것이 2016년에

는 60조원을 넘었다, 매년 건강보험지출이 8.7%씩 늘어나니 2024년에는 지출이 100조원을 넘어설 것으로 예상되는 상황이다. 같은 기간 동안 의료수가 인상률은 물가 인상률을 크게 넘어서지 못했으니 의료보험 지출이 급증한 것은 의약분업이 가장 크게 작용했음을 부인할 수 없다. 분업 전에 없던 조제로 부담이 늘었고 약제비 지출이 급증하였다. 정부가 Q&A 자료를 통해 국민들에게 건강보험 지출이 크게 줄어들어 국민들이 혜택을 보게 된다고 선전한 것은 허위로 드러났다. 무엇보다 분업을 도입하고 무려 17년 동안이나 제대로 된 평가 작업 한번 하지 않은 것은 정부가 의약분업 실정을 숨기려 한다고 밖에 해석할 수밖에 없다.

강제-완전 분업으로 환자들이 의료서비스를 이용하기 불편해지자 내원할 때마다 여러 질병의 약제를 같이 복수로 처방해 달라 요구하고 장기처방을 요구하는 환자가 크게 늘었다. 결과적으로 외래 진료 의존도가 높은 동네의원 의사들

은 진찰료 수입이 가파르게 하락하고 처방당 약제비만 크게 상승하는 현상이 나타났다. 동네의원의 경영 상황은 악화되어 분업을 도입하기 전 전체 요양급여비 중 40%에 가까운 부분을 차지하던 동네의원이 지금은 22%로 줄어들어 동네의원이 아예 사라질 것이라는 우려가 나오고 있는 실정이다.

현행 의약분업은 달라져야 한다. 빠른 시간 내에 분업 시행 결과를 조사하고 분업 시행 재검토 작업을 해야 한다. 환자가 스스로 조제 받을 곳을 선택할 수 있게 하여 일본 약사들처럼 복약지도를 강화하게 유도해야하고 원내조제를 통한 조제로 지출을 줄이고 고가 의약품 처방을 억제하는 것이 필요하다. 의료서비스 이용을 편리하게 만들고 의료전달체계를 확립시키는 것이 시급하다. 현행 강제-완전 의약분업은 재정적으로도 국민 편익 차원에서도 완전히 실패한 정책이다. 빠른 시간 내에 현행 의약분업이 개선되기를 기대하며 필자의 글을 접는다.